

INFORME DE ACTIVIDADES Y ASISTENCIA

Fecha de entrega*:	
No. De Registro de Servicio Social:	

NOMBRE
DIRECTOR ESCOLAR DEL CENTRO UNIVERSITARIO TLACAÉLEL
P R E S E N T E:

N o m b r e d e l			
Prestador:	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)
Licenciatura:			
Nombre de la Entidad Receptora donde está realizando el Servicio Social:			
Periodo de	del	al	
prestación**:			
Total de horas		Informe No.	1
acumuladas:			
Actividades Realizadas:			

No.	Fecha (Día, Mes, Año)	Hora de Entrada	Hora de Salida	Firma del PSS
1				
2				
3				
4				
5				
6				
4				
5				

(*) Debe entregarse 5 días hábiles posteriores al término del trimestre.

(**) La fecha de inicio del periodo que se reporta, debe coincidir con la indicada en el formato de Solicitud-Registro

Nombre, cargo, firma y sello del Responsable de Servicio Social en Entidad Receptora	Nombre y firma del PSS